

Visión y Compromiso™



¡Cuéntanos tu historia!

¿Es usted una de las personas que gracias a alguno de los programas de salud públicos del estado de California ha recibido cuidado médico, aun sin importar su estado migratorio? Si no usted, ¿conoce a alguien que se ha beneficiado de alguno de estos programas?

Visión y Compromiso está haciendo una campaña de recolección de historias de personas que han mejorado su calidad de vida gracias al acceso a algún tipo de servicio médico.

Este programa puede ser:

- Medí-Cal Expandido
- CoveredCA
- Medí-Cal para niños (Nuevo ley SB 75)
- Káiser Permanente Community Health Plan
- Programas que ofrece su Condado. Ejemplo: Condado de Los Ángeles—My Health LA, ATP, Programa de pre-pago.
- Cualquier otro programa de cobertura medica.

Las historias dan poder y respaldan la importancia de seguir manteniendo estos servicios para nuestras comunidades.

¿CÓMO QUEREMOS QUE COMPARTAN ESTAS HISTORIAS?

Puede ser en alguna de las siguientes maneras:

- a) Video grabación
- b) Audio grabación
- c) Historia escrita

A fin de que nuestros legisladores comprendan la importancia de mantener estos programas activos. Queremos que nos compartan sus historias.

TIENE QUE CONTENER LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- a) Su nombre—Pero no apellido (o del beneficiario/a)
- b) El condado en donde vive
- c) Qué tipo de cobertura médica tuvo o tiene
- d) Como le beneficio el hecho de tener esta programa de salud
- e) Como le afectaría a usted (o a esta persona) y a su familia, si este programa se cerrara.

PUNTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR

- Las grabaciones tienen que ser máximo de 5 minutos de duración. Si es una historia escrita, no más de 1 página completa.
- Para asegurar la máxima claridad en su video o grabación asegúrese de que al momento de grabar su historia, está en un lugar tranquilo y con buena luz.
- La fecha límite para compartir su historia es el 20 de febrero del 2017.

Para que Visión y Compromiso pueda usar su historia, por favor firme y envíe junto con su historia la forma de consentimiento adjunta.

Estas historias las pueden mandar de las siguientes maneras:

FACEBOOK: Veronica Promotores-vyc

CORREO ELECTRÓNICO: verónica@visionycompromiso.org

Si tiene dudas o preguntas, puede comunicarse con Verónica al: 323-407-4816

Visión y Compromiso™



Consentimiento para tomar fotografías, grabar y publicar historias

Yo, _____, como individuo narrando y compartiendo mi historia sobre el acceso y utilización de servicios médicos obtenidos gracias a los programas de salud del estado de California, por medio del presente documento, acepto que Visión y Compromiso, Asian American Advancing Justice y The Wellness Foundation compartan la información establecida en este documento, tales como, grabaciones de sonido o visuales, fotografías o la creación de imágenes de semejanza en consideración al compromiso, y por otras consideraciones válidas y efectivas, las cuales aquí se reconocen.

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO: CAMPAÑA DE COLECCIÓN DE HISTORIAS

Yo _____ le otorgo a usted o sus afiliados, sucesores u otras personas que actúen con su permiso y autoridad, permiso y licencia irrevocable, perpetua, sin restricciones ni regalías para registrar los derechos bajo su propio nombre y para usar, volver a usar, publicar, reproducir y distribuir, tales grabaciones de sonido o visuales, imágenes, fotomontajes y cualquier otra reproducción en forma o carácter en cuanto a los cambios y/o alteraciones, ya sea en conjunto con el nombre verdadero o ficticio del sujeto, o en conjunto con otras fotografías o impresos, por cualquier medio, incluida la publicación en sitios web, para propósitos de ilustración, educación, promoción, arte, editorial, publicidad u otros propósitos de la forma que usted considere apropiado para los propósitos antes mencionados. Comprendo que si tales imágenes o grabaciones se publican en internet, pudieran ser bajadas por cualquier usuario del internet. Usted entiende y acepta que no podrá hacer uso de estas fotografías, grabaciones o imágenes de ninguna forma despectiva.

Renuncio al derecho de revisar o aprobar los productos o copias de publicidad y otros documentos impresos terminados usados en relación con el producto o el uso para el cual se puede aplicar. Además, renuncio a reclamar pago de cualquier tipo por derechos relacionados con tales grabaciones, creaciones o fotografías, la publicidad o cualquier distribución de estos.

Mi firma a continuación ratifica que tengo derecho legal a otórgale esta autorización. Por medio de la presente le eximo a usted o a sus afiliados sucesores o aquellos que actúen con su permiso o autoridad, de cualquier responsabilidad relacionada con las fotografías, grabaciones, o creaciones o por o usar y volverá usar o publicar tales imágenes o grabaciones, incluido cualquier efecto borrosos, distorsión, alteración, corte o uso en forma de fotomontaje, intencional o de otra forma, que pueda producirse durante el procesamiento de tales productos. Este consentimiento es obligatorio para mí y el sujeto de esta fotografía o grabación (de ser diferente), mis herederos, representantes legales y beneficiarios.

Entiendo y acepto los términos establecidos anteriormente:

Acepto participar en: (escriba sus Iniciales en cada el que aplica)

____ FOTOGRAFÍAS

____ VIDEO

____ GRABACIÓN

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FECHA DE HOY

FIRMA

RELACIÓN DE QUIEN FIRMA CON EL SUJETO